FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1920 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

COUPUT André-Raymond-Maurice

Ancien Moniteur à la Clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté de Médecine de Paris (*Clinique Tarnier*).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DILATATION VAGINALE PRÉFŒTALE

A L'AIDE DU BALLON

DANS LA PRÉSENTATION DU SIÈGE

Président : M. COUVELAIRE, *Professeur.*

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

9, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Phimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Pactériologie	BESANCON
Carasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Bathologie et Thérapeutique générales	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	M NETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBE (Henri)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Chirurgie obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris.

A Monsieur le Docteur LEVANT

Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

Qui nous a toujours montré une grande bienveillance durant nos études et a bien voulu nous inspirer notre thèse.

A MES MAITRES

DANS LES HÔPITAUX D'ALGER

MM. le Professeur CURTILLET, Doyen de la Faculté.
le Professeur CANGE.
le Docteur SALIÈGE, Médecin des Hôpitaux.
le Docteur DUMOLARD, Médecin des Hôpitaux.
le Docteur AUBRY, Médecin des Hôpitaux.

A MES MAITRES

DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MM. le Professeur BAR, Professeur de Clinique obstétricale.
le Docteur MICHAUX, Chirurgien des Hôpitaux.
le Docteur HIRTZ, Médecin des Hôpitaux (*in memoriam*).
le Docteur OETTINGER, Médecin de l'Hôpital Cochin.
le Docteur BARBIER, Médecin de l'Hôpital Hérold.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

En témoignage de notre profonde affection et de notre grande reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DILATATION VAGINALE PRÉFŒTALE

A L'AIDE DU BALLON

DANS LA PRÉSENTATION DU SIÈGE

Champetier de Ribes en créant son ballon, et quoique dans ses conclusions de « l'Accouchement provoqué » il ait prévu la plupart de ses applications, n'avait pas songé à l'utiliser pour faciliter l'extraction du siège. Il recherchait une action intra-utérine dans tous les cas et jamais vaginale. C'est Pinard, qui ayant toujours insisté sur l'importance de la résistance périnéale dans l'accouchement par le siège, résistance surtout marquée chez les primipares âgées ou les primipares à parties molles peu étoffées, eut le premier l'idée d'utiliser le ballon de Champetier comme temps préparatoire à l'issue du siège hors des voies génitales. Il voulait pratiquer, par avance, une dilatation du bassin mou afin que l'ampliation du vagin, du périnée et de la vulve soit déjà effectuée au moment où la présentation fœtale parcourra ce dernier segment de la filière génitale. De cette façon, la période d'expulsion, toujours dangereuse pour le fœtus qui se présente par le siège, est singulièrement facilitée.

Il reprenait en ce faisant l'idée que Champetier de

Ribes avait appliquée au col : « Pratiquer un accouchement gemellaire dont le premier fœtus serait réduit à la tête ». Pinard se servit pour obtenir ce résultat de l'excellent instrument de dilatation qu'est le ballon de Champetier de Ribes. Ses premiers essais remontent à 1905 ; ils furent appliqués à des cas très spéciaux : le premier concerne une primipare de 40 ans à vulve et vagin très étroits et dont le fœtus se présentait par le siège décomplété mode des fesses. Un autre concerne une primipare de 22 ans, à vulve très étroite, à périnée peu étoffé. Devant les résultats obtenus, il généralise la méthode, et à partir de 1908, pose un ballon vaginal préfœtal chez toutes les primipares dont l'enfant se présente par le siège.

En Avril 1910, Sauvage résume dans une communication à la Société d'Obstétrique le résultat des essais de Pinard. Ils étaient entièrement favorables à la méthode. Elle a été appliquée depuis dans divers services d'accouchements. En 1919, paraît la thèse de Saxe (Paris) inspirée par M. Couvelaire, thèse qui précise les indications et sur laquelle nous reviendrons. M. Potocki a systématiquement employé cette méthode dans son service de la Pitié. Ce sont ses observations depuis 1912 que nous avons relevées et dont nous voulons confronter les résultats avec les statistiques précédemment parues.

I

JUSTIFICATION THÉORIQUE DE LA MÉTHODE

Pourquoi appliquer cette dilatation vaginale préfœtale au siège seulement et non au sommet? Cela tient à la différence essentielle qui existe entre le dégagement du siège et le dégagement du sommet.

Une fois la dilatation complète, la période d'expulsion commence, c'est-à-dire que les contractions utérines vont d'abord faire descendre la présentation fœtale au contact du périnée, si elle n'y est déjà; arrivé à ce niveau, le pôle fœtal va trouver devant lui deux difficultés qu'il devra surmonter, avant de pouvoir se dégager à la vulve. Tout d'abord il devra changer de direction, puisque l'axe du bassin mou, qui lui reste à parcourir, est presque perpendiculaire sur celui du bassin osseux; or, il convient de remarquer que la résultante des forces développées par les contractions de l'utérus, auxquelles viennent se joindre, pendant la période d'expulsion, les contractions des muscles abdominaux, est dirigée de haut en bas, et tombe à peu près normalement sur le plan du périnée.

En second lieu, la présentation, dans le cours de son

cheminement vers la vulve, devra dilater progressivement les éléments du périnée pour, finalement, ouvrir largement l'orifice vulvaire.

Dans la présentation du sommet, les circonstances sont telles que le pôle fœtal arrive aisément, dans les conditions normales à triompher de ces deux obstacles.

En effet :

Le changement de direction n'est pas gênant, car le sommet fléchi sur le tronc reste mobile, peut se défléchir ; il y a charnière au niveau de l'articulation de l'occipital sur la colonne vertébrale. Il pourra donc aisément suivre une nouvelle direction et les contractions utérines resteront efficientes pour le faire progresser.

D'autre part, l'ampliation du périnée et de la vulve est relativement aisée et rapide (si bien entendu, le périnée est obstétricalement normal), parce qu'elle est sollicitée par une présentation régulière ovoïde résistante, dure qui va « étaler » au devant d'elle les éléments du périnée et dilater la vulve.

Il n'en est pas de même dans le siège même si le périnée est normal.

En effet, envisageons les différents modes de présentation du siège car les conditions d'ampliation varient avec le mode du siège.

Dans le siège complet, le changement de direction est de peu d'importance. Ici, comme le sommet, le siège peut suivre la nouvelle orientation de la filière génitale par inflexion du tronc fœtal. Mais la présentation n'est plus régulièrement ovoïde ; elle est formée de plusieurs

pièces pelotonnées les unes sur les autres, et surtout elle n'est plus régulièrement résistante, des parties dures (genoux et pieds) se trouvant mêlées à des parties plus molles. Donc l'ampliation sera plus longue, plus pénible, plus irrégulière.

Dans le siège décomplété mode, des fesses, les circonstances sont encore plus défavorables. Le fœtus figure un cône, dont la base répond à la tête fœtale.

Dans cette attitude :

L'inflexion latérale du rachis est impossible. Les membres inférieurs relevés transforment le tronc en une tige rigide. Le siège descend en ligne droite, atteint le périnée dans sa partie postérieure et tend à enfoncer les tissus sur place. Il faudra donc un grand déploiement de forces et aussi une bonne résistance du périnée pour diriger la présentation vers l'orifice vulvaire sans amener la rupture du périnée. Par suite du manque de souplesse de la présentation, l'ampliation se fera très péniblement, ou même sera remplacée par une déchirure (quelquefois centrale) du périnée.

Ce n'est pas le seul inconvénient. Dans le siège mode des fesses, c'est le pôle le plus petit de l'ovoïde fœtal qui se présente. S'il parcourt normalement le périnée, il ne l'aura dilaté que pour son propre volume. La tête dernière est le plus gros pôle : elle arrivera sur un périnée insuffisamment préparé à son passage. Il y a donc, au cours de l'expulsion, une différence considérable entre le sommet dur, arrondi, qui en se défléchissant peu à peu, va pouvoir dilater par toute sa surface le périnée et la vulve, et le siège qui irrégulier, présen-

tant des parties molles et des parties dures, peu mobile sur le tronc lorsqu'il est décomplété mode des fesses, ne pourra que dilater lentement, irrégulièrement et insuffisamment les tissus du bassin mou.

Cette mauvaise dilatation périnéale et vulvaire a d'autant plus d'importance dans le siège qu'après l'accouchement du siège lui-même, il se produit un deuxième accouchement : celui des épaules, puis un troisième encore plus difficile et plus compliqué : celui de la tête. On risque donc, au moment de l'expulsion de ce dernier segment du fœtus, de voir surgir des difficultés qui pourront compromettre la vie de l'enfant.

D'autant qu'à cette période de l'accouchement, le corps du fœtus, presqu'entièrement sorti des voies génitales, est soumis aux excitations mécaniques que nécessite l'extraction de la tête dernière et ces excitations cutanées vont déclancher le réflexe respiratoire.

Bien souvent, donc, les premières inspirations se produiront, alors que la tête fœtale est encore retenue dans les voies génitales, insuffisamment dilatées. Ceci nous explique le grand nombre des enfants qui naissent étonnes dans les statistiques de la présentation du siège. Si, au moment du dégagement de la tête, le périnée résiste trop l'enfant sera très rapidement en danger.

Ce fait explique pourquoi la mortalité infantile est élevée dans le siège, très élevée même puisque les classiques admettent une mortalité de 1 9 chez les primipares. Il est vrai que chez les multipares, cette mortalité tombe à 1 30; à quoi est due cette différence, si ce n'est

à la moindre difficulté qu'éprouve le fœtus à forcer le périnée et par suite à la plus grande rapidité de l'accouchement. C'est pour éviter ces difficultés que l'on procède à la dilatation vaginale préfœtale par ballon.

On pourrait du reste employer cette même opération, dilater fortement les parties molles, pour préparer la version par manœuvre interne dans une présentation de l'épaule qu'on n'a pu transformer.

Sauvage a montré, dans plusieurs cas, que les manœuvres en étaient grandement facilitées. Champetier de Ribes avait déjà entrevu les avantages de la dilatation pour toutes les manœuvres internes quand il écrivait dans les conclusions de l' « Accouchement provoqué » : « Les opérations, s'il y a lieu d'en faire, se pratiqueront dans un canal génital largement dilaté depuis l'orifice du col jusqu'à la vulve ».

Indications.

L'utilité de la méthode étant admise, chez qui faut-il l'employer? Il est évident, puisqu'on cherche à lutter contre un obstacle périnéal, que c'est surtout chez les primipares qu'elle sera utile, et bien entendu, nous rangeons parmi ces dernières, les femmes multigestes dont les grossesses antérieures se sont terminées par des avortements ou des accouchements très avant terme (6^{e} ou 5^{e} mois;) chez les multipares dont le périnée est suffisamment assoupli par les accouchements antérieurs, la manœuvre est inutile. Cependant on pourrait songer à l'utiliser chez les femmes ayant présenté des déchirures

du périnée avec cicatrices fibreuses très étendues. Mais doit-on l'utiliser chez toutes les primipares? Est-il des cas où on peut négliger de s'en servir?

Nous devons distinguer les différentes présentations du siège et les périnées plus ou moins résistants.

Dans le siège décompleté mode des fesses, le ballon sera toujours appliqué.

Dans les différentes présentations du siège, si le périnée paraît devoir être résistant, par exemple chez les primipares âgées, qui ont de l'ankylose du coccyx, il le sera également.

Dans le siège complet avec périnée peu résistant, les circonstances sont plus favorables et l'on pourrait, à la rigueur, se dispenser de l'appliquer. Toutefois la pose du ballon n'apporte (sauf certaines restrictions que nous verrons) aucun risque à la mère et le fœtus a tout à y gagner.

L'opération, si elle n'est pas formellement indiquée, reste néanmoins une bonne tactique.

II

TECHNIQUE

Quand et comment doit-on procéder à cette opération? Deux cas différents peuvent se présenter :

On a le temps d'agir sans précipitation.

Nous allons chercher à obtenir une ampliation lente du périnée et de la vulve. Pour cela nous abandonnerons le ballon dans le vagin et nous le laisserons expulser spontanément. Quel ballon allons-nous introduire? Il semble, et tous les auteurs, Pinard, Sauvage et Potocki paraissent d'accord sur ce point, qu'un ballon de 400 à 600 grammes soit largement suffisant. Il dilate bien, n'est pas trop douloureux et expose moins aux déchirures qu'un ballon plus gros. Avant d'être introduit, le ballon aura été, comme d habitude, essayé quant à sa contenance et quant à sa solidité, puis il sera stérilisé par ébullition. Pour le faire pénétrer dans le vagin, point n'est besoin de la pince spéciale de Champetier. Le ballon simplement roulé en cigare et vaseliné soigneusement est introduit avec deux doigts. Pour le gonfler,

l'eau doit naturellement être stérilisée, cette précaution est indispensable, car le ballon une fois introduit dans les voies génitales peut se rompre à un moment quelconque. Cet incident est noté dans plusieurs de nos observations. Comment procéder à ce gonflement? Sauvage conseille d'aller lentement sous peine d'amener des douleurs, des cris, de l'agitation et d'éveiller trop tôt chez la femme le besoin de pousser.

On est pressé.

Au cours de la période d'expulsion jusque là laissée à elle-même, une modification des bruits du cœur fœtal indique qu'une trop longue prolongation de la période d'expulsion serait dangereuse et qu'il convient de hâter la fin de l'accouchement : dans ces conditions, la pose d'un ballon vaginal préfœtal peut rendre de grands services. Après avoir endormi la malade on introduit, rapidement, dans le vagin un ballon qui, sitôt gonflé, sera extrait. On procèdera à cette extraction en tirant doucement et régulièrement sur le tube d'emplissage. Les tractions seront dirigées d'abord en bas, puis en remontant et de plus en plus haut, de manière à faire décrire à la partie large du ballon un cercle autour du bord inférieur de la symphyse pubienne. Tout ceci doit être fait lentement.

On doit dilater et non déchirer les parties molles, sans cela il serait plus simple et beaucoup plus pratique de faire une épisiotomie. Une fois le ballon extrait, on

pourra bien plus aisément procéder à l'extraction du siège, au travers des parties molles dilatées.

Quel moment faut-il choisir pour introduire le ballon?

On semble admettre qu'il ne doit pas être placé trop tôt, sinon la femme va pousser, se fatiguer et une fois arrivé à la période d'expulsion, l'utérus épuisé restera sans contraction.

Inversement, il convient de ne pas attendre la descente trop complète du siège, sinon il nous sera impossible de faire pénétrer notre ballon. C'est ce que nous avons noté souvent dans les observations du service de M. Potocki; lorsque l'élève de garde avait attendu trop longtemps pour poser son ballon, il devait y renoncer, le siège en s'engageant ayant rendu impossible l'introduction. Il semble admis, à l'heure actuelle, que le temps d'élection soit la période où la dilatation du col est entre 5 francs et une petite paume de main.

Enfin il convient, une fois le ballon placé, de ne pas le laisser séjourner un temps trop long dans le vagin; bien qu'il ne soit pas utérin, le ballon constitue néanmoins un corps étranger à l'intérieur des voies génitales donc une source possible d'infection, d'autant plus qu'en dilatant le bassin mou, il en gêne la circulation normale. Aussi au bout d'un certain temps de séjour qu'on peut fixer à deux heures environ, il conviendra, si le ballon n'est pas expulsé de lui-même, de le « manœuvrer », c'est-à-dire de l'extraire doucement, après avoir avoir auparavant procédé à un dégonflement partiel, si la trop grande résistance des parties molles l'indique.

III

LES EFFETS DU BALLON

Nous aurons à les envisager successivement :
Sur la marche du travail.
Sur la mère.
Sur l'enfant.

Sur le travail.

Nous examinerons l'influence du ballon sur les contractions utérines, sur la dilatation, sur l'expulsion.

I. — *Sur la contraction utérine.*

Sauvage, dans son travail de 1910, admettait d'une façon générale, que l'effet du ballon sur les contractions utérines est particulièrement heureux. « Après que le ballon rempli au maximum a été abandonné dans le vagin, il est commun de voir que les contractions utérines deviennent plus énergiques et plus rapprochées ». Est-ce à dire que ses effets soient toujours aussi heureux ? Sauvage lui-même ne l'admet pas puisqu'il note que bien souvent les contractions restent faibles si elles l'étaient avant, ou même, ce qui est plus fâcheux,

qu'étant relativement fortes auparavant, elles s'affaiblissent après l'introduction du ballon par une sorte d'inhibition. Cela s'explique car la contraction utérine du travail est un réflexe qui met en jeu l'excitation d'un point quelconque de l'utérus, mais surtout du col. Ici c'est le vagin que l'on dilate, c'est donc lui qui va lutter, qui va se contracter sur le ballon et, théoriquement tout au moins, la contraction utérine ne devrait pas être influencée par la présence de ce corps étranger vaginal. Mais il est logique d'admettre que cette excitation du vagin peut retentir sur l'ensemble du rythme du travail et par là même amener les contractions utérines à se succéder d'une façon plus rapide.

Sur ce point, les observations que nous avons relevées étant souvent muettes, nous ne pouvons avoir une opinion. Cependant dans les cas où il est fait mention des contractions, on parle presque toujours de contractions énergiques et même quelquefois subintrantes.

Dans deux observations toutefois, il y eut une telle inertie utérine après dilatation complète qu'on dut recourir aux injections de pituitrine (1 centimètre cube) après lesquelles l'utérus se contracta aussitôt.

II. — *Sur la dilatation.*

Si comme nous l'indiquons plus haut, les observations ci-après ne notent pas toujours les effets du ballon sur la contraction utérine, les résultats obtenus sur la dilatation laissent entendre que ces contractions devaient être particulièrement énergiques.

Sur 44 cas, où le ballon, introduit à une dilatation moindre ou égale à cinq francs, a été expulsé à dilatation complète, nous notons que ce résultat a été obtenu.

En moins d'une heure pour 13 cas.

Entre une heure et deux heures pour 6 cas.

Entre deux heures et quatre heures pour 13 cas.

Au total, 32 cas où la dilatation est passée en moins de 4 heures de 5 francs à dilatation complète.

Ces résultats sont intéressants et parfaitement comparables à ceux de Sauvage qui, sur 18 cas où le ballon fut placé alors que la dilatation était comme une paume de main, note que 16 fois la dilatation était complète au moment de l'expulsion du ballon et que ce résultat a été obtenu 9 fois en moins de 30 minutes, 3 fois en moins d'une heure.

Nous pouvons donc dire que la dilatation vaginale préfœtale a une action accélératrice évidente sur la marche du travail, mais ce résultat n'est pas absolument constant, et nous pouvons même trouver dans une de nos observations (707-20) une dilatation qui semble avoir été arrêtée par le ballon.

Rien ne peut nous faire prévoir cette action inhibitrice du ballon sur la contraction utérine, action rare en somme, puisque Sauvage, sur une cinquantaine d'observations, ne trouve que :

4 cas de dilatation lente.

3 cas de dilatation stationnaire.

Nous-même, dans les observations ci-jointes, ne relevons que 10 cas dans lesquels il a fallu plus de 7 heures

pour passer d'une dilatation de 5 francs à la dilatation complète. Dans plusieurs de ces cas, il a fallu poser deux ballons pour arriver à la dilatation complète. Le premier ballon amenant la dilatation de 5 francs à une petite ou à une grande paume de main, puis étant expulsé avant que la dilatation ne soit complète.

A ce propos, Saxe dans sa thèse se demande si lorsque le ballon reste plus de 2 heures en place, il ne pourrait pas produire des effets analogues à ceux d'une tête de fœtus, c'est-à-dire des escharres vaginales.

Théoriquement, cette hypothèse semble parfaitement justifiée et ne doit pas être rejetée, bien que dans aucune des observations que nous rapportons un pareil accident ne soit signalé.

En effet, nous notons dans nos observations un cas où le ballon est resté pendant toute la dilatation de deux francs à dilatation complète, c'est-à-dire pendant 16 heures sans provoquer aucun incident et dans plusieurs autres accouchements, l'un de 14 heures, l'autre de 22 heures, un autre de 17 h. 45, dans lesquels on a dû poser 2 ballons restant chacun plusieurs heures en place, on ne relève aucun accident vaginal. Néanmoins, le séjour trop prolongé du ballon dans le vagin ne nous semble ni logique, ni même utile. Nous avons déjà dit plus haut que le fait de laisser en place trop longtemps ce corps étranger dans les voies génitales ne peut que prédisposer à l'infection puerpérale. D'autre part, Saxe fait entrevoir le danger possible que pourrait entraîner une compression trop prolongée des

tissus périnéo-vulvaires par le ballon. Et d'ailleurs, le séjour prolongé d'un ballon vaginal, ou la pose successive de plusieurs ballons préfœtaux, afin d'atteindre le moment de la dilatation complète du col, n'offrent aucune utilité. Au bout d'un certain temps, qu'on peut fixer à 2 heures environ, le ballon préfœtal a rempli son office, c'est-à-dire qu'il a amplifié le périnée et la vulve dans toute la mesure où il est capable de le faire; si donc on l'extrait à ce moment, et que l'expulsion du siège ne suive pas immédiatement la sortie du ballon dilatateur, son rôle ne sera pas nul pour cela, et il est inutile d'essayer d'obtenir à nouveau la dilatation du bassin mou. Quand l'accouchement du siège se produira, on retrouvera tout le bénéfice de la manœuvre préfœtale, et la présentation parcourra aisément le plancher périnéal et la vulve au niveau desquels le ballon aura produit son effort peu de temps auparavant. Ainsi donc, le maintien trop prolongé en place du ballon vaginal ou la pose de 2 ballons successifs nous apparaît comme illogique parce que sans utilité.

Sur l'expulsion du fœtus.

C'est le point sur lequel l'influence heureuse de la dilatation préfœtale se fait le plus sentir; celui qui à lui seul suffirait à en indiquer l'emploi.

La période d'expulsion habituellement si longue, si pénible dans le siège, devient d'une brièveté remarquable.

Souvent, l'enfant est expulsé immédiatement derrière le ballon, laissant juste le temps de mettre la femme en position obstétricale. Dans d'autres cas, cette expulsion est particulièrement hâtée, la naissance ayant lieu 15 à 30 minutes plus tard.

L'étude comparée de nos observations et de l'accouchement par le siège sans ballon est probante à cet égard. Nous utiliserons comme statistique des sièges sans ballon, les chiffres recueillis par Saxe dans sa thèse.

DURÉE DE LA PÉRIODE D'EXPULSION :

	Avec ballon	*Sans ballon*
Moins 15 minutes . .	36 p. 100. .	15,7 p. 100
15 à 30 minutes . . .	32,8 — . .	26,5 —
30 à 60 minutes . . .	14,9 — . .	23,8 —
1 heure à 2 heures . .	11,5 — . .	22,8 —
Plus 2 heures	4,9 — . .	11,07 —

Un autre point particulièrement intéressant au moment de l'accouchement, c'est la facilité de la manœuvre de Mauriceau pour extraire la tête dernière. Sur presque toutes les observations, on trouve noté cette remarque : « Mauriceau facile ou très facile ».

Les conséquences de cette brièveté de la période d'expulsion et de cette facilité de l'extraction de la tête dernière sont naturellement des plus heureuses, puisqu'elles se traduisent par une diminution des causes de souffrance du fœtus au cours de l'accouchement par le siège. De même, après la pose d'un ballon préfœtal l'indication de l'extraction du siège se posera rarement. De fait, sur 32 cas, Sauvage ne compte que 4 extractions.

Saxe, à Baudelocque, sur 155 sièges sans ballon préfœtal, note 17 extractions, soit 10,96 p. 100 et sur 172 avec ballon 11 extractions, soit 6,39 p. 100. Dans les observations ci-jointes nous trouvons 4 cas sur 63 observations, ce qui donne 6, 34 p. 100, chiffre sensiblement égal au pourcentage que nous avons déduit des statistiques de Saxe. De plus, le cas échéant, si l'extraction devient nécessaire, elle sera grandement facilitée.

C'est ainsi que dans une observation nous voyons M. Potocki pratiquer la grande extraction du siège sous chloroforme, sans aucune difficulté et sans ennui du côté du périnée.

Effets sur la mortalité infantile.

La dilatation vaginale préfœtale semble donc diminuer dans de sérieuses proportions les risques de mourir au cours de l'accouchement que court tout enfant qui se présente par le siège. Voyons donc d'après les statistiques les résultats de cette méthode sur la mortalité infantile.

Les classiques admettent que la mortalité fœtale, dans le siège, chez les primipares, est de 1/9 environ. Porak-Bataillard-Rimey donnent les mêmes chiffres.

Saxe trouve dans l'accouchement avec ballon une mortalité de 1/21 seulement. Nos observations nous amènent à une conclusion identique, puisque nous avons 3 morts sur 63 observations, soit 1/21 également.

Encore ce chiffre est-il sujet à caution du fait que

dans deux cas la diminution des contractions avait poussé à utiliser la pituitrine.

De plus, il ne faut pas oublier que du fait même de la diminution des traumatismes, du fait de la fréquence moins grande de l'extraction, l'enfant se présente dans de meilleures conditions de développement, ayant moins de chance de présenter une des complications si redoutables qu'entraîne un accouchement difficile. De fait, nous ne relevons dans les observations ci-après qu'une mort au bout de 3 semaines par hémorragies multiples, et encore s'agit-il d'un hérédo ± avec mère à W +. Ainsi donc la morbidité fœtale paraît au même titre que la mortalité heureusement influencée par la dilatation vaginale préfœtale.

RÉSULTATS POUR LA MÈRE

Les heureux effets de cette méthode sur le fœtus ne sont donc pas niables. Il nous reste à envisager les conséquences qu'elle peut entraîner pour la mère, puisque certains auteurs ont avancé qu'elle pouvait déterminer de fâcheux accidents au niveau de l'appareil génital.

Ces accidents sont de deux sortes :

1° L'infection.

2° Les déchirures périnéales.

1° L'INFECTION : On ne voit guère les dangers d'infection que peut apporter un ballon introduit uniquement dans le vagin, avec toute l'asepsie désirable, et du moment que son séjour dans les voies génitales n'est pas prolongé outre mesure, ainsi que nous l'avons dit précédemment.

Du reste, Sauvage sur 54 cas, trouve seulement 3 femmes ayant eu une température dépassant 38°-38°5, en un jour ou deux.

Saxe, sur 172 observations de Baudelocque, note une mortalité maternelle nulle. Sur les observations ci-jointes, nous notons une mort par infection. Nous ne trouvons aucune trace de température dans les autres observations. L'infection n'apparaît donc pas comme

un danger suffisamment démontré pour qu'il fasse rejeter la méthode.

2° Déchirures périnéales : Sur ce point, Sauvage et Saxe se basant, le premier sur les premières statistiques de Baudelocque, le second sur l'ensemble des observations de la même clinique, aboutissent à des conclusions contradictoires.

Sauvage note que les parties molles sont très souvent abîmées et ne s'étonne pas de cet accident, qu'il compare aux déchirures de la dilatation artificielle du col, la dilatation artificielle des voies génitales, dit-il, ayant toujours tendance à provoquer une déchirure. Il rappelle que Bar avait constaté les mêmes dangers lors de la dilatation vaginale au ballon, comme temps préparatoire de la symphysectomie. Cet ennui possible ne doit pas, pour lui, faire plus abandonner la méthode que les déchirures du col n'ont fait abandonner la dilatation de cet organe.

Saxe se basant, comme nous l'avons dit plus haut, sur l'ensemble des observations de Baudelocque, arrive à un résultat essentiellement différent. Il compare le pourcentage des déchirures sans ou avec ballon et trouve :

Sans ballon : lésions, 40 p. 100.

Avec ballon : lésions, 25 p. 100.

Il constate également que sur 155 sièges sans dilatation on trouve 8 cas de déchirures intéressant la totalité du périnée, sphincter compris, et que sur 172 observations avec dilatation préalable, il n'existe pas un seul cas de déchirures complètes du périnée.

Notre pourcentage donne un chiffre sensiblement égal à celui de Saxe : 24 p. 100 de lésions, et encore nous comptons plusieurs lésions très minimes : nous n'avons qu'une seule déchirure très étendue, sans lésion sphinctérienne cependant.

Le danger de la déchirure périnéale, quand le ballon préfœtal est bien manœuvré, ne semble donc pas bien grand en définitive, et d'ailleurs on sait que l'effraction périnéo-vulvaire est bien plus fréquente dans les présentations du siège abandonnées à elles-mêmes que dans les présentations du sommet évoluant dans les mêmes conditions.

Troubles durant le séjour du ballon.

On a prétendu que la dilatation préfœtale était très douloureuse pour la femme et provoquait chez elle une agitation particulièrement néfaste. Cet incident est possible chez les femmes nerveuses, mais il n'entraîne pas plus de trouble que n'importe quelle autre intervention au cours de l'accouchement. Comme, d'autre part, le ballon dilatateur abrège la période d'expulsion, il diminue, par là même, la période de douleurs de la femme et, en définitive, n'augmente pas sa souffrance totale.

Nos observations indiquent rarement des difficultés de la part de la femme. Une fois l'on note : « Femme indocile » ; une autre fois « Ballon mal supporté ». C'est peu, si l'on se rappelle les bénéfices retirés par la mère et l'enfant de cette méthode.

Archives du service de M. le Professeur Potocki.

Obs. 66 (1912). — I^e^ pare, 9^e^ mois, 20 ans, siège décomplété, mode des fesses.

Ballon 500 cmc. introduit à dilatation comme petite paume de main, membranes intactes.

25 minutes après, expulsion du ballon à dilatation complète. Rupture tempestive des membranes.

Période d'expulsion 10 minutes; enfant vivant, 2650 grammes. Périnée intact.

Obs. 143 (1912). — II^e^ pare à terme, 23 ans siège décomplété, mode des fesses.

Ballon de 500 cmc. introduit à dilatation comme petite paume.

4 heures après ballon retiré à dilatation complète.

Période d'expulsion 30 minutes.

Enfant vivant, 3.100 grammes. Périnée intact.

Obs. 205 (1912). — II^e^ pare (1^re^ grossesse, avortement de 3 mois), à terme, siège décomplété, mode des fesses.

Ballon 500 cmc. à 5 francs de dilatation.

6 heures après, expulsion du ballon, dilatation stationnaire.

6 heures après, dilatation complète, période d'expulsion de 40 minutes.

Naissance d'un enfant vivant de 3130 grammes. Malformations multiples (Hydrocéphale, spina-bifida); mort 10 minutes après. Déchirure superficielle du périnée.

Obs. 273 (1912). — I^e^ pare, 7 mois et demi, 22 ans, siège décomplété, mode des fesses.

Membranes intactes, dilatation de 5 francs, ballon vaginal de 500 grammes.

Dilatation complète 3 heures et demie après; période d'expulsion, 5 minutes.

Enfant vivant, 2.040 grammes; périnée intact.

Obs. 711 (1912). — III^e^ pare (2 avortements), 8^e^ mois, 32 ans, siège décomplété, mode des fesses.

A dilatation de 5 francs, ballon vaginal de 500 cmc.

50 minutes après, expulsion du ballon à dilatation complète.

Période d'expulsion, 20 minutes

Enfant vivant de 2.060 grammes. Périnée intact.

Obs. 776 (1912). — I^e^ pare. A terme, 19 ans, siège décomplété, mode des fesses.

Ballon vaginal à 5 francs de dilatation (ballon de 500 cmc.).

2 heures et demie après, le ballon éclate ; dilatation à grande paume de main. Pose d'un 2^e^ ballon de 600 cmc.

Deux heures après, expulsion du ballon à dilatation complète.

1 heure après, absence de contractions utérines ; on n'entend plus les bruits du cœur.

1 h. 50 après, grande extraction sous anesthésie ; enfant de 3.150 grammes non ranimé. Périnée intact.

Obs. 844 (1912). — I^e^ pare, 21 ans, 7^e^ mois. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon vaginal à dilatation de 5 francs.

4 h. 50 après, expulsion du ballon à dilatation complète. Rupture tempestive des membranes.

Durée de la période d'expulsion, 30 minutes.

Périnée intact.

Enfant vivant de 2.950 grammes.

Obs. 962 (1912). — I^e^ pare, 20 ans, à terme. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon vaginal de 300 centimètres cubes, à dilatation comme petite paume de main.

2 h. 30 après, expulsion du ballon. La dilatation étant incomplète, on pose un 2^e^ ballon de 500 centimètres cubes.

40 minutes après, dilatation complète.

Durée de la période d'expulsion, 30 minutes.
Enfant vivant de 3.060 grammes.
Déchirures superficielles du périnée.

Obs. 1608 (1912). — Ire pare, 22 ans, à terme. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon vaginal de 600 centimètres cubes à dilatation entre 5 francs et petite paume.

2 h. 45 après, expulsion du ballon à dilatation complète.
Période d'expulsion de 10 minutes.
Enfant vivant, 2.450 grammes.
Périnée intact.

Obs. 1813 (1912). — Ire pare, 23 ans, 9e mois. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon vaginal de 500 centimètres cubes à dilatation comme 5 francs.

2 h. 15 après, expulsion du ballon à dilatation complète.
Période d'expulsion de 45 minutes.
Enfant vivant de 2.980 grammes.
Périnée intact.

Obs. 1920 (1912). — Ire pare, 17 ans, à terme. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon de 500 centimètres cubes à dilatation comme 5 francs.

4 h. 40 après, expulsion du ballon à dilatation complète.
Période d'expulsion de 20 minutes.
Enfant vivant de 3.230 grammes en état de mort apparente, facilement ranimé.
Périnée intact.

Obs. 1978 (1912). — Ire pare, 26 ans, à terme. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon vaginal de 500 centimètres cubes à dilatation comme 5 francs.

45 minutes après, expulsion du ballon à dilatation complète.

Période d'expulsion de 15 minutes.

Enfant vivant de 3.350 grammes

Déchirures périnéales.

Obs. 2001 (1912). — II$_e$ pare (1er à terme), 27 ans, 8 mois 1/2. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon vaginal de 600 centimètres cubes à dilatation comme 5 francs.

15 minutes après, expulsion du ballon à dilatation complète.

Période d'expulsion, 30 minutes.

Enfant vivant de 3.060 grammes.

Périnée intact.

Obs. 2011 (1912). — I^e pare, 17 ans, à terme. Siège complet.

Pose d'un ballon de 600 centimètres cubes, à dilatation comme 5 francs.

6 heures après, expulsion du ballon à dilatation stationnaire.

Pose d'un 2^e ballon de 600 centimètres cubes.

8 h. 45 après expulsion du 2^e ballon à dilatation complète.

Période d'expulsion de 35 minutes.

Enfant vivant de 2.570 grammes.

Périnée intact.

Obs. 308 (1913). — I^e pare, 18 ans, à terme. Siège décomplété, mode des fesses. W+.

Pose d'un ballon de 500 centimètres cubes, à dilatation comme petite paume de main.

30 minutes après, ballon expulsé à dilatation complète.

Période d'expulsion de 30 minutes.

Enfant vivant de 2.850 grammes, mort 22 jours après sa naissance d'hémorragies multiples.

Périnée intact.

Obs. 369 (1913). — Ire pare, 20 ans, 9e mois. Siège complet.

Pose d'un ballon de 500 centimètres cubes à dilatation comme 5 francs.

Ballon expulsé 1 heure après, à dilatation comme petite paume.

Dilatation complète 5 heures après.

Période d'expulsion de 30 minutes.

Enfant vivant de 3.200 grammes.

Lésions superficielles du périné.

Obs. 527 (1913). — IIe pare (avortement 6e mois), 24 ans, 8e mois. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon de 550 centimètres cubes à dilatation comme petite paume.

50 minutes après, expulsion du ballon à dilatation complète.

Rupture artificielle des membranes.

Période d'expulsion de 10 minutes.

Enfant né étonné, mais facilement ranimé, de 2.540 gr.

Périnée intact.

Obs. 736 (1913). — IIe pare (avortement 6e mois) 26 ans, à terme. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon vaginal de 600 cmc. à dilatation comme 2 francs.

Ce ballon est extrait à minuit, à dilatation entre petite et grande paume de main.

19 heures après, pose d'un 2e ballon de 550 cmc.

2 h. 30 après, ballon expulsé à dilatation complète.

Contractions utérines espacées. Injection de 1 cmc. de pituitrine. Contractions intenses.

Naissance 1 h. 45 après, d'un enfant de 3.470 grammes, né en état de mort apparente, ranimé au bout d'une demi-heure.

Périnée intact.

Femme morte par infection puerpérale au 17e jour.

Obs. 778 (1913). — Ie pare, 20 ans, 8e mois. Siège complet.

On pose successivement 2 ballons de 600 cmc. qui crèvent aussitôt à dilatation comme petite paume de main.

20 minutes après, dilatation complète, rupture tempestive des membranes.

Enfant vivant de 2.500 grammes.

Périnée intact.

Obs. 781 (1913). — Ie pare, 20 ans, à terme. Siège décomplété, mode des fesses.

Ballon de 600 cmc. à dilatation comme 5 francs.

Ce ballon crève aussitôt et est remplacé 1 heure après par un ballon de même contenance.

3 heures après, le 2e ballon crève à son tour, à dilatation complète.

1 heure et demie après, les contractions restant espacées, on fait une injection de 1 cmc. de pituitrine.

Naissance d'un enfant vivant de 3.840 grammes, 15 minutes après.

Déchirure profonde incomplète du périnée.

Obs. 950 (1913). — IIe pare (avortement au 2e mois), 24 ans, à terme. Siège complet.

A dilatation comme 2 francs, procidence du cordon (sans battements).

On réduit la procidence et l'on introduit un ballon de 250 cmc. expulsé 30 minutes après, à dilatation comme grande paume de main.

Reproduction de la procidence.

Un pied se trouvait dans le vagin; on essaye de faire le

dégagement; le sommet est retenu par rétraction du col, le fœtus reste entre les jambes de la femme.

1 h. 30 après, expulsion spontanée d'un enfant vivant de 3,550 grammes.

Périnée intact.

Obs. 1001 (1913). — Ire pare, 16 ans à terme. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon de 550 cmc., à dilatation comme 5 francs.

45 minutes après, ballon expulsé à dilatation complète.

Rupture tempestive de la poche des eaux.

Période d'expulsion de 20 minutes.

Enfant vivant de 3.220 grammes.

Périnée intact.

Obs. 1016 (1913). — Ire pare, 23 ans à terme. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon de 550 cmc., à dilatation comme 2 francs.

Ce ballon crève 30 minutes après, à dilatation comme 5 francs.

On pose un 2e ballon.

2 heures après le 2e ballon est expulsé à petite paume de main.

4 heures après, dilatation complète.

Période d'expulsion de 56 minutes.

Périnée intact.

Obs. 1090 (1913). — Ire pare, 21 ans. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon de 550 cmc., à dilatation comme grande paume.

Ce ballon crève 1 h. 20 après. Dilatation stationnaire.

On pose un 2e ballon, qui est expulsé 20 minutes après à dilatation complète.

Au bout d'une heure et demie de période d'expulsion, on procède à une grande extraction.

Enfant vivant de 3.820 grammes.

Déchirure superficielle du périnée.

Obs. 1196 (1913). — Ie pare, 24 ans à terme. Siège décomplété, mode des fesses.

Ballon vaginal de 500 cmc. à dilatation comme petite paume.

Expulsion un quart d'heure après, à dilatation complète.

Période d'expulsion 20 minutes.

Enfant vivant de 2.950 grammes.

Périnée intact.

Obs. 1338 (1913). — IIe pare (avortement 4e mois), 26 ans à terme. Siège complet.

Ballon de 600 cmc., à dilatation comme 2 francs.

2 h. 30 après, ballon expulsé à 5 francs.

3 h. 15 après, dilatation complète.

Période d'expulsion de 35 minutes.

Fœtus mort et macéré de 2.850 grammes.

Périnée intact.

Obs. 1254 (1913). — Ie pare, 19 ans, 7e mois. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon de 500 cmc., à dilatation comme 5 francs.

Expulsé 4 heures après, à dilatation comme grande paume.

2 h. 45 après, dilatation complète.

Période d'expulsion, 1 heure.

Enfant vivant de 3.020 grammes.

Périnée intact.

Obs. 1383. (1913). — Ie pare, 21 ans à terme. Siège décomplété, mode des fesses.

Ballon de 650 grammes, à dilatation de 5 francs.

Expulsé 1 heure après, à dilatation comme grande paume.
2 heures après, dilatation complète.
Période d'expulsion de 30 minutes.
Enfant vivant de 2.680 grammes.
Périnée intact.

Obs. 1396 (1913). — I^e^ pare, 16 ans, 9^e^ mois. Siège décomplété, mode des fesses.
Ballon de 500 centimètres cubes, à dilatation comme 5 francs.
40 minutes après, expulsion du ballon à dilatation complète. Rupture tempestive des membranes.
Période d'expulsion de 10 minutes.
Enfant vivant de 2.800 grammes.
Périnée intact.

Obs. 1888 (1913). — I^e^ pare, 20 ans, 8^e^ mois. Siège complet.
Pose d'un ballon de 500 centimètres cubes, à 5 francs.
5 heures après, tractions sur le ballon qui est extrait à petite paume.
3 heures après, dilatation complète.
Période d'expulsion de 25 minutes.
Enfant vivant de 2.880 grammes.
Périnée intact.

Obs. 2021 (1913). — I^e^ pare, 24 ans, près terme. Siège complet.
Ballon de 400 centimètres cubes, à dilatation de 5 francs.
3 h. 30 après, extraction du ballon à dilatation comme grande paume.
35 minutes après, dilatation complète.
Période d'expulsion, 40 minutes.
Enfant de 3.200 grammes.
Déchirure superficielle au périnée.

Obs. 2171 (1913). — Ie pare, 20 ans, 9e mois. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon de 600 centimètres cubes, à 5 francs.

1 h. 30 après, expulsion du ballon à dilatation complète.

Période d'expulsion, 50 minutes.

Enfant vivant de 3.170 grammes.

Périnée intact.

Délivrance artificielle pour hémorragie.

Obs. 2074 (1913). — Ie pare, 25 ans, 9e mois. Siège décomplété, mode des fesses.

Ballon de 600 centimètres cubes, à dilatation comme 5 francs.

2 heures après, expulsion du ballon, dilatation stationnaire.

3 h. 1/2 après, dilatation complète.

Période d'expulsion de 40 minutes.

Enfant vivant de 3.740 grammes.

Périnée intact.

Obs. 2210 (1913). — Ie pare, 21 ans, 9e mois. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon de 500 centimètres cubes, à dilatation de 5 francs.

2 h. 20 après, extraction du ballon; la dilatation est complète, le périné est œdématié, la vulve étroite.

Période d'expulsion, 30 minutes.

Enfant vivant de 3.250 grammes.

Déchirure complète du périnée, sauf sphincter.

Obs. 195 (1914). — Ie pare, 29 ans. Siège décomplété, mode des fesses (à terme).

Ballon de 450 centimètres cubes, introduit à 5 francs de dilatation.

3 heures après, rupture du ballon.

On pose un 2e ballon.

Le 2e ballon expulsé 3 heures après, entre grande paume et dilatation complète.

2 h. 30 après, dilatation complète.

5 heures après, injection de pituitrine (1 centimètre cube) ; les bruits du cœur se ralentissent.

On extrait 10 minutes après, un enfant de 3.680 grammes, en état de mort apparente, ranimé.

Lésion périnéale minime.

Obs. 231 (1944). — Ie pare, 19 ans, 8 mois 1/2. Siège décomplété, mode des fesses.

On introduit un ballon de 600 centimètres cubes, à dilatation de 5 francs, extrait de suite.

1 h. 15 après, dilatation complète.

Période d'expulsion, 20 minutes.

Enfant vivant de 2.990 grammes.

Périnée intact.

Obs. 269 (1914). — Ie pare, 18 ans, à terme. Siège complet.

Ballon de 400 grammes, à dilatation comme 5 francs.

25 minutes après, expulsion du ballon à dilatation complète.

Période d'expulsion, 10 minutes.

Enfant vivant de 2.980 grammes.

Périnée intact.

Obs. 292 (1914). — Ire pare, 18 ans, à terme. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon de 600 centimètres cubes, à dilatation comme petite paume.

1 heure après, expulsion du ballon à dilatation complète.

Période d'expulsion, 10 minutes.

Enfant vivant de 2.870 grammes.

Périnée intact.

Obs. 313 (1914). — IIe pare (avortement 5 mois), 18 ans, 8e mois. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon de 400 centimètres cubes aussitôt expulsé à dilatation de 5 francs.

On pose un 2e ballon de 500 centimètres cubes, qui est expulsé immédiatement, la dilatation est complète.

Période d'expulsion 10 minutes.

Enfant vivant de 2.030 grammes.

Perinée intact.

Obs. 318 (1914). — Ie pare, 19 ans, à terme. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon de 500 grammes, à dilatation comme 5 francs.

Le ballon crève. 1 heure après, la dilatation est stationnaire.

On pose un 2e ballon de 600 centimètres cubes qui est expulsé 2 heures et demi après à dilatation complète.

Période d'expulsion de 1 heure.

Enfant vivant de 3.000 grammes.

Périnée intact.

Obs. 368 (1914). — Ie pare, 17 ans, 9e mois. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon de 500 centimètres cubes à dilatation comme 5 francs.

Ce ballon est expulsé 4 heures après à dilatation complète.

Période d'expulsion 30 minutes.

Enfant vivant : 3.300 grammes.

Déchirure superficielle du périnée.

Obs. 386 (1914). — Ie pare, 8 mois et demi. Siège complet.

Ballon de 400 centimètres cubes introduit à 5 francs de dilatation 3 heures et demi après expulsion du ballon, dilatation stationnaire.

On pose un 2e ballon quand la dilatation est à petite paume.

5 heures après, expulsion du ballon à dilatation complète.
Période d'expulsion, 10 minutes.
Enfant vivant de 2.200 grammes.
Périnée intact.

Obs. 60 (1914). — Ie pare, 23 ans, 8 mois et demi. Siège décomplété, mode des fesses.
Ballon de 500 centimètres cubes introduit à 5 francs de dilatation.
1 h. 30 après, expulsion du ballon à dilatation complète.
Période d'expulsion de 10 minutes.
Enfant vivant de 3.330 grammes.
Périnée intact.

Obs. 573 (1914). — Ie pare, 21 ans. Siège complet (A terme).
Ballon de 600 centimètres cubes introduit à dilatation de 5 francs.
1 h. 45 après, expulsion du ballon à dilatation complète.
Période d'expulsion, 15 minutes.
Enfant vivant de 3.420 grammes.
Légère lésion vulvaire.

Obs. 620 (1914). — Ie pare, 34 ans, 8 mois et demi. Siège décomplété, mode des fesses.
Ballon de 700 centimètres cubes introduit à 5 francs.
4 heures après, expulsion du ballon à dilatation comme paume de main.
1 heure après, dilatation complète.
Période d'expulsion de 1 h. 30 prolongée par l'absence de contraction utérine.
Enfant vivant de 2.400 grammes.
Périnée intact.

Obs. 630. — Ie pare, 24 ans, à terme. Siège décomplété, mode des fesses.
Ballon de 500 centimètres cubes introduit à petite paume.

1 heure après, expulsion du ballon à dilatation complète.
Période d'expulsion de 1 h. 15.
Enfant vivant de 3.050 grammes en état de mort apparente, facilement ranimé.
Légère lésion périnéale.

Obs. 743 (1914). — Ie pare, 21 ans, à terme. Siège décomplété, mode des fesses.
Ballon de 500 centimètres cubes introduit à dilatation de 5 francs.
Expulsion du ballon 5 heures après dilatation complète.
Période d'expulsion de 20 minutes.
Enfant vivant de 3.150 grammes.
Légère lésion périnéale.

Obs 851.(1914). — Ie pare, 20 ans, 8 mois et demi. Siège complet.
Pose d'un ballon de 500 centimètres cubes à 5 francs de dilatation.
40 mois après, expulsion du ballon à petite paume de main.
Période d'expulsion, 20 minutes.
Enfant vivant de 2.670 grammes.
Périnée intact.

Obs. 1014 (1914). — Ie pare, 19 ans. Siège décomplété, mode des fesses.
Pose d'un ballon de 500 grammes à 5 francs de dilatation.
5 h. 30 après, expulsion du ballon à dilatation complète.
Période d'expulsion, 15 minutes.
Enfant vivant de 2.750.
Périnée intact.

Obs. 1072 (1914). — Ie pare, 22 ans, à terme. Siège décomplété, mode des fesses.
Ballon de 500 centimètres cubes à 5 francs de dilatation.

Il est expulsé 2 heures après, à dilatation grande paume de main.

40 mois après, dilatation complète.

Période d'expulsion, 30 minutes.

Enfant vivant pesant 2.700 grammes.

Légères lésions périnéales.

Obs. 1113 (1914). — 18 ans, à terme. Siège décomplété, modes des fesses.

Ballon de 500 centimètres cubes à 5 francs de dilatation.

6 heures 45 après, expulsion du ballon à grande paume de main, qui provoque la rupture d'une varice vulvaire, avec hémorragie assez importante.

3/4 d'heure après, dilatation complète. Rupture tempestive des membranes.

Période d'expulsion, 1 heure.

Enfant vivant de 3.380 grammes.

Deux points au périnée.

Obs. 1191 (1914). — III[e] pare, (2 avortements 3 mois, 6 semaines), 18 ans, 8 mois et demi. Siège complet.

Ballon de 500 centimètres cubes introduit à 5 francs de dilatation.

1 h. 5 après, expulsion du ballon à dilatation complète.

Période d'expulsion, 10 minutes.

Enfant vivant 2.720 grammes. Périnée intact.

Obs. 2104 (1919). — I[e] pare, 28 ans. Siège décomplété, mode des fesses, à 8 mois.

Pose d'un ballon de 500 cmc. à dilatation entre 5 francs et petite paume.

3 heures et demie après, expulsion du ballon à dilatation complète.

Période d'expulsion, 20 minutes.

Enfant vivant de 1.800 grammes.

Périnée intact.

Obs. 2210 (1919). — Ie pare, 37 ans. Siège décomplété, mode des fesses à terme.

A 5 francs de dilatation, on pose un ballon de 500 cmc.

Expulsion du ballon 1 h. 30 après, à dilatation complète.

Période d'expulsion, 15 minutes.

Enfant vivant, 3.350 grammes.

Périnée intact.

Obs. 2618 (1919). — Ie pare, 27 ans, à terme. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon de 300 cmc. à petite paume de main.

Il est expulsé 15 minutes après, à dilatation complète.

Période d'expulsion, 15 minutes.

Enfant vivant, 3.050 grammes.

Périnée intact.

Obs. 99 (1920). — Ie pare, 18 ans 8 mois et demi. Siège complet.

Pose d'un ballon de 500 cmc., à dilatation entre 2 et 5 francs.

Expulsion du ballon 3 h. 40 après, à 5 francs.

Pose d'un 2e ballon de 650 cmc., 3 heures et demie après.

Ce ballon est expulsé 3 heures plus tard à dilatation comme grande paume de main.

Dilatation complète ne se produit que 3 heures après.

Période d'expulsion, 10 minutes.

Enfant vivant, 3.450 grammes.

Périnée intact.

Obs. 218 (1920). — Ie pare, 26 ans, à terme. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon de 550 cmc., à dilatation comme 2 fr. 30 minutes après, expulsion du ballon à dilatation complète.

Période d'expulsion, 25 minutes.

Enfant vivant, 2.880 grammes.

Périnée intact.

Obs. 293 (1920). — I^e^ pare, 8 mois et demi. Siège décomplété, mode des fesses, chez une femme ayant luxation congénitale de la hanche droite.

Ballon de 400 cmc., à 5 francs de dilatation.

3 h. 15 après, on retire le ballon, la dilatation est à grande paume de main.

Dès que la dilatation est complète, les bruits du cœur se modifiant, on procède à une grande extraction du siège.

Obs. 513 (1920). — I^e^ pare, 20 ans, 7 mois et demi. Siège complet.

On pose un ballon de 400 cmc. à 2 francs de dilatation.

7 heures après, expulsion du ballon à dilatation complète.

Période d'expulsion, 5 minutes.

Enfant vivant, 1.800 grammes.

Périnée intact.

Obs. 649 (1920). — I^e^ pare, 27 ans, près du terme. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon de 450 cmc. à dilatation entre 2 et 5 francs.

14 heures après, expulsion du ballon à dilatation complète.

Période d'expulsion, 30 minutes.

Enfant vivant, 3.450 grammes.

Périnée intact.

Obs. 669 (1920). — I^e^ pare, 33 ans, à terme. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon de 550 cmc., à 5 francs de dilatation.

5 heures après, expulsion du ballon à dilatation complète.

Période d'expulsion, 10 minutes.

Enfant vivant, de 3.370 grammes.

Périnée intact.

Obs. 707 (1920). — I^e^ pare, 25 ans, 8 mois 1/2. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon de 600 cm^3^, à 5 fr. de dilatation.

6 heures après, expulsion du ballon. Dilatation toujours à 5 fr.

11 heures après, pose d'un 2e ballon de 450 cm³, la dilatation étant à petite paume de main.

9 heures après, expulsion du ballon.

10 heures après l'expulsion du ballon, dilatation complète.

Période d'expulsion, 10 minutes.

Enfant, 2.500 grammes, en état de mort apparente.

Pas de lésion vulvaire.

Obs. 779 (1920). — Ie pare, 23 ans, 8 mois. Siège décomplété, mode des fesses.

Pose d'un ballon de 450 cm³, à 5 fr. de dilatation.

Ce ballon est expulsé 2 heures après; la dilatation est stationnaire.

12 heures après les douleurs s'espaçant, injection de 1 cm³ de pituitrine.

20 minutes après, dilatation complète.

Période d'expulsion, 30 minutes.

Enfant en état de mort apparente, rapidement ranimé, de 2.870 grammes.

Périnée intact.

Obs. 792 (1920). — Ie pare, 18 ans, à terme. Siège décomplété, mode des fesses.

Ballon de 650 cm³, introduit à 5 fr. de dilatation.

Expulsé 1 h. 30 après, entre 5 fr. et petite paume.

45 minutes après : dilatation complète.

Période d'expulsion, 10 minutes.

Enfant vivant né étonne, ranimé, 3.050 gr.

Périnée intact.

Obs. 832 (1920). — Ie pare, à terme. Siège décomplété, mode des fesses.

Ballon de 800 cm³, à 5 fr. de dilatation.

Il est expulsé 2 heures après, à grande paume de main, 45 minutes après, dilatation complète.

Période d'expulsion, 10 minutes.

Enfant vivant, 2.850 grammes.

Périnée intact.

CONCLUSIONS

I. — La dilatation vaginale préfœtale à l'aide du ballon de Champetier de Ribes, dans la présentation du siège, est une méthode qui apparaît comme logique et justifiée par les difficultés spéciales que présente l'expulsion du siège, spécialement l'expulsion du siège décomplété mode des fesses chez les primipares.

II. — Cette méthode est indiquée chez les primipares systématiquement, quel que soit le mode du siège.

III. — La technique est des plus simples, et la pose du ballon dans le vagin ne demande que des précautions d'asepsie courante. Le moment d'élection paraît être la période où la dilatation du col atteint 2 à 3 francs.

Il est inutile, illogique et peut-être nuisible, de laisser séjourner le ballon plus de 2 heures dans le vagin, et de poser plusieurs ballons successifs.

IV. — Dans la grande majorité des cas, le ballon préfœtal :

Active les contractions utérines et la dilatation du col;

Abrège la période d'expulsion et facilite la manœuvre de Mauriceau.

Retentit favorablement sur la mortalité et la morbidité fœtale.

V. — Au point de vue maternel, cette méthode n'augmente pas la morbidité puerpérale, et semble diminuer la fréquence des déchirures du périnée.

Vu : le Président,
M. COUVELAIRE

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Champetier de Ribes. — *De l'accouchement provoqué*. Steinheil, 1888.

Sauvage. — De la dilatation vaginale préfœtale dans le siège. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, Mai 1910.

Bar. — *Leçons de pathologie obstétricale*, 1910, I, p. 60.

Rimey. — *L'accouchement dans les présentations du siège lorsque l'enfant est volumineux*. (Étude statistique de la Clinique Baudelocque depuis sa fondation). Thèse Paris, 1912, n° 391.

Saxe. — *La dilatation préfœtale dans les présentations du siège chez les primipares* (Étude statistique de la Clinique Baudelocque). Thèse de Paris, 1919, n° 265.

P. Couvelaire. — Thérapeutique obstétricale. Dilatation préfœtale du vagin par ballon de Champetier de Ribes, dans l'accouchement par le siège chez les primipares. *Gynécologie et Obstétrique*, Janvier 1920.

Coulommiers.
Imprimerie DESSAINT et Cie.

33

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE